Edgar Erni

LE

SIGNE DU TAPOTAGE

DANS LA

PHTISIE PULMONAIRE AVEC CAVERNES

PAR

Le docteur H. ERNI

Extrait de la *Semaine Médicale* du 9 mars 1904.

PARIS

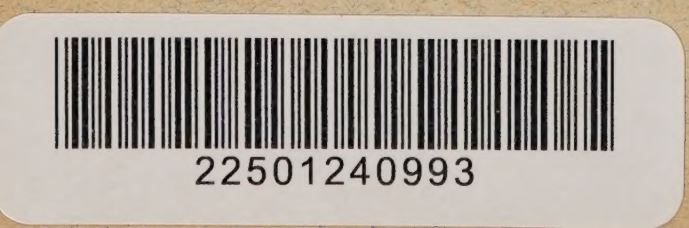
IMPRIMERIE DE LA *SEMAINE MÉDICALE*

31, rue Croix-des-Petits-Champs, 31

1904

WELLCOME INSTITUTE
LIBRARY
Coll. wellcomec
Coll. pam
No. WF 200
1904
E72s

ERNI


22501240993

WELLCOME LIBRARY INSTITUTE
303850
Quain Gll.

LE

SIGNE DU TAPOTAGE

DANS LA

PHTISIE PULMONAIRE AVEC CAVERNES

Sous le nom de « signe du tapotage » (*Klopfphänomen*), je me propose de décrire un symptôme que j'ai eu l'occasion d'observer chez un certain nombre de tuberculeux porteurs de cavernes pulmonaires, et qui me paraît de nature à permettre le diagnostic de ces graves altérations dans des cas même où leurs manifestations habituelles font entièrement défaut.

Pour lui donner naissance, on percute légèrement la paroi thoracique au niveau du sommet du poumon, en se servant simplement d'un couteau que l'on saisit par l'extrémité de la lame, et dont on laisse retomber le manche sur le thorax du malade. L'expérience réussit d'autant mieux que la lame du couteau est plus élastique et entre plus facilement en vibrations; pour ma part, j'emploie un coupe-papier en argent, parfaitement flexible, dont le poids est de 100 grammes. Les mouvements de percussion doivent se passer entièrement dans le poignet; il ne faut d'ailleurs pas frapper avec force, mais saisir la lame entre le pouce et

l'index et laisser retomber le manche sur la paroi thoracique qui le fait rebondir.

Quand chez certains tuberculeux on percute de la sorte le sommet du poumon, soit en avant, soit en arrière, on constate que le choc en quelques points détermine une réaction : à chaque coup, le malade est pris d'une quinte de toux et il expectore aussitôt ; la percussion, la toux et l'expulsion des crachats sont l'œuvre de quelques secondes. C'est là le signe du tapotage.

Lorsqu'en percutant on approche d'une zone qui va réagir, le patient accuse parfois la sensation de « quelque chose qui remue dans l'intérieur de la poitrine », sans que pourtant cette sensation soit douloureuse. Si l'on percute à plusieurs reprises le même point, on voit quelquefois la peau y prendre une coloration bleuâtre et des ecchymoses s'y produire, ce qui n'a pas lieu en toute autre région.

Je dois dire que la constatation du signe du tapotage est strictement limitée au sommet du poumon ; l'aire de la paroi thoracique au niveau de laquelle on peut l'observer s'arrête en avant à la troisième côte, en arrière à l'épine de l'omoplate ; je n'ai jamais obtenu la réaction au tapotage au-dessous de ces points de repère. Je puis ajouter que les points qui réagissent d'une façon très frappante sont presque exclusivement localisés dans le creux sous-claviculaire. Une seule fois j'ai constaté le phénomène dans la fosse sus-épineuse. C'est donc en avant qu'il convient avant tout de le rechercher.

Mon attention fut attirée sur ce symptôme en 1895. J'eus à soigner cette année-là un tuberculeux qui présentait une caverne du sommet gauche avec suppuration abondante et fièvre élevée ; sous la clavicule gauche existait une zone donnant le signe du couteau. Celui-ci disparut peu à peu au fur et à mesure des progrès

de la guérison. Le malade ne présente plus actuellement qu'une légère matité du sommet gauche.

Un autre malade que je vis la même année était porteur d'une vaste excavation du sommet droit, assez rapprochée de la paroi thoracique antérieure (elle subsistait encore au mois de septembre 1903). Je constatai aussi chez cet homme le signe du couteau au-dessous de la clavicule droite ; je n'ai plus pu l'obtenir lors de mes derniers examens.

Depuis neuf ans, j'ai recueilli un certain nombre de faits analogues. En 1903, sur 29 tuberculeux que j'ai examinés spécialement à ce point de vue, 3 offraient le même symptôme, ce qui donne une proportion d'environ 10 %.

Quelle est donc la valeur de ce phénomène?

Dans tous les cas où je l'ai observé, il s'agissait de tuberculeux arrivés à un stade assez avancé de leur affection, et — sans parler des signes cavitaires que l'on relevait chez la plupart d'entre eux —, les crachats recueillis à la suite de la « percussion au couteau » offraient tous les caractères du contenu de cavernes pulmonaires : ils renfermaient des bacilles de Koch et des fibres élastiques.

Il est donc incontestable que le signe du tapotage est pathognomonique de la présence d'une caverne. Je ne l'ai pas trouvé, il est vrai, chez tous les tuberculeux porteurs de cavernes que j'ai examinés; c'est que sans doute, pour qu'il se produise, il faut que la cavité soit située superficiellement, tout au-dessous de la paroi thoracique. Mais quand on le constate on peut affirmer l'existence d'une caverne, et la quantité d'expectoration rejetée par le malade à la suite de la percussion permet même d'apprécier les dimensions de la cavité.

La haute valeur diagnostique de ce symptôme

me paraît ressortir avec évidence d'un des 3 faits positifs que j'ai eu l'occasion de recueillir cette année, et auxquels je faisais tantôt allusion. Il s'agit d'une jeune fille de vingt-cinq ans, qui avait été traitée par des injections de tuberculine depuis la fin de 1901 jusqu'en mai 1903; au dire du médecin de la malade, la teneur des crachats en bacilles aurait diminué sous l'influence de ces injections et le catarrhe aurait disparu. Néanmoins l'état général resta très mauvais, et quand je vis cette jeune fille, on constatait chez elle, au sommet droit, de l'infiltration avec skodisme et rétraction de la paroi au-dessus et au-dessous de la clavicule; l'inspiration était rude et associée à de la crépitation fine dans tout le sommet; du même côté, à la base et en arrière, l'inspiration était également rude. A gauche existaient des signes d'infiltration du sommet, du skodisme avec inspiration rude et saccadée dans le creux sous-claviculaire et la fosse sous-épineuse; en haut et en arrière on percevait une crépitation fine, à la base et en arrière de la matité pleurétique. Il n'y avait donc rien qui pût à ce moment faire supposer l'existence d'une caverne.

Au bout de deux mois apparut dans les creux sus et sous-claviculaire du côté droit un léger souffle tubaire, ainsi que des signes de catarrhe léger s'étendant également en avant; dans le creux sous-claviculaire gauche, l'inspiration était soufflante, mais sans râles; dans les deux creux sous-claviculaires, on constatait du skodisme et de la rétraction. Des deux côtés existait le signe du couteau, révélateur de la présence de cavernes pulmonaires; il persistait après 21 séances de percussion. Par la suite, la malade a eu à gauche une pleurésie avec épanchement et fièvre élevée, dont elle a

guéri. Par moments, les crachats sont encore striés de sang. L'état général est néanmoins très bon.

Après sept mois (commencement de novembre 1903), la percussion pratiquée au-dessous de la clavicule droite détermine un fort accès de toux; à gauche, le signe est moins net; le tapotage ne provoque de l'expectoration ni d'un côté ni de l'autre. A droite, la respiration est légèrement soufflante et l'on entend une crépitation fine pendant la toux; à gauche, l'inspiration est forte et bronchique, sans râles. Il y a de la rétraction et du skodisme des deux côtés.

Ainsi donc, il nous fut possible de déceler dans ce cas, par le tapotage, l'existence de cavernes sur deux plans, qui ne donnaient lieu à aucun phénomène cavitaire net; notre diagnostic fut pleinement confirmé par la profonde rétraction avec skodisme et souffle tubaire qui apparut ultérieurement dans les régions où s'observait le signe en question.

En dehors de son intérêt pour le diagnostic des cavernes pulmonaires, je crois que, au point de vue thérapeutique, le tapotage est susceptible de constituer une ressource quelquefois précieuse : après des percussions répétées, l'expectoration, d'abord purulente ou muco-purulente, devient de plus en plus muqueuse, puis se tarit; l'excavation se vide donc et se déterge; elle peut même se cicatriser, du moins si l'on admet la possibilité d'une pareille réparation. Les chirurgiens pratiquent parfois la pleurotomie en vue de drainer des cavernes à siège superficiel, mais les résultats de ces tentatives ne sont guère encourageants. La percussion au niveau de la cavité permet d'atteindre le même but par un procédé exempt de tout danger. La preuve en est que les crachats,

comme je le signalais tantôt, de purulents deviennent purement muqueux, puis disparaissent entièrement; le signe du couteau, de son côté, cesse au bout d'un certain temps d'être perceptible, lorsqu'une paroi plus résistante s'est constituée du fait de la rétraction et de la cicatrisation.

Je ne pense pas qu'il y ait lieu d'aller plus loin pour l'instant dans mes conclusions; on peut cependant se demander s'il ne serait pas possible de faire bénéficier la totalité du poumon d'un moyen de traitement qui me paraît très efficace pour assurer le drainage et la dessiccation de la partie supérieure de cet organe.